

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 172

LE DISTICHIASIS CONGÉNITAL VRAI

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DROUIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 29 Février 1912, à RÉPARSAC (Charente)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

LE
DISTICHIASIS CONGÉNITAL VRAI

LE DISTICHIASIS CONGÉNITAL VRAI

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DROUIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 29 Février 1912, à RÉPARSAC (Charente)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD., NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	UILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BONNET, président ; GATÉ, assesseur ;
DE ROUGEMONT et BERTRAND.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA BELLE-MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. BONNET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous a toujours accueilli avec une grande bienveillance et nous a montré sa confiance en nous donnant le sujet de ce travail. Nous l'en remercions. Nous l'assurons de notre grande admiration et de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOS JUGES

Hommages respectueux.

A NOS MAITRES

A NOS CHEFS

LE DISTICHIASIS CONGÉNITAL VRAI

INTRODUCTION

L'observation à la Clinique Ophtalmologique du Professeur P. Bonnet, d'un cas de distichiasis vrai a été pour nous l'occasion de ce travail.

Cette malformation congénitale est une affection rare, caractérisée par l'existence d'une double rangée de cils aux paupières.

Au point de vue clinique, le distichiasis entraîne, par une irritation continuelle de la cornée et de la conjonctive, une conjonctivite chronique accompagnée d'érosions de la cornée.

A ce titre, le distichiasis ne constitue pas seulement une anomalie curieuse à observer; c'est une affection grave dont le traitement est délicat.

La pathogénie de cette affection montre le rapport étroit qui existe entre les cils surnuméraires et les glandes de Meibomius.

Selon Kuhnt, la première publication probable sur un cas de distichiasis serait de Becker en 1865; cependant en 1858, Stellwag Von Carion donne déjà une définition satisfaisante de cette malformation.

Mais c'est en 1881 que W. Nicati en fait une excellente description clinique; il est le premier à réclamer, pour le distichiasis vrai, l'usage exclusif de ce terme, de manière à le distinguer bien nettement des cas dans lesquels un trichiasis cicatriciel en reproduit la fausse apparence.

En 1890, Herrnheiser fait des recherches anatomo-pathologiques très précises sur le distichiasis.

En 1899, Kuhnt établit, anatomiquement et cliniquement, les rapports qui existent entre la deuxième rangée de cils et les glandes de Meibomius.

Outre ces publications, on trouve de bons examens microscopiques par Erdmann, Brailey et Begle.

L'importante constatation de l'hérédité a été faite par Wood, Westhoff, Erdmann et Blatt.

Mais c'est certainement le travail de Von Szily, paru en 1923, qui est la plus remarquable étude publiée sur la question. C'est à celle-ci que nous nous reporterons pour la pathogénie du distichiasis.

A l'heure actuelle, le nombre des cas publiés s'élève à environ cinquante, d'après Halbertsma.

Nous avons donc dans ce travail, l'intention d'étudier le distichiasis.

Nous commencerons par définir l'affection aussi exactement que possible et en brosserons le tableau clinique. Puis nous donnerons la description histologique des coupes obtenues dans la pièce opératoire.

Ensuite nous exposerons les conceptions pathogéniques des différents auteurs.

Enfin, nous passerons en revue les divers modes de traitement proposés.

Pour illustrer notre thèse, nous rapporterons l'observation communiquée par MM. P. Bonnet et G. Bonamour à la Société d'Ophtalmologie de Lyon.

DEFINITION

Certains auteurs ont employé indistinctement les termes de distichiasis et de trichiasis chaque fois qu'il s'agissait d'une situation ou d'une direction anormale des cils, confondant ainsi deux états pathologiques voisins dans leurs manifestations cliniques, mais absolument distincts dans leur étiologie et leur pathogénie, et relevant de méthodes thérapeutiques propres.

Le trichiasis qui, parfois, peut simuler le distichiasis, est une affection acquise, secondaire à un processus pathologique intéressant les paupières et entraînant une direction vicieuse des cils.

Par contre, le distichiasis est une malformation primitive, congénitale, caractérisée par la présence sur le bord muqueux des paupières, par ailleurs tout à fait normales, d'une deuxième rangée régulière de cils, émergeant des orifices des glandes de Meibomius et faisant avec les cils normaux un angle plus ou moins ouvert, de telle sorte que ces poils, frêles et peu pigmentés, balaient la conjonctive bulbaire et la cornée.

Cette affection, congénitale, dont les manifestations cliniques n'apparaissent généralement qu'à la puberté, est le plus souvent héréditaire et peut se rencon-

trer sur plusieurs membres d'une même famille comme le montrent les observations de Blatt, Erdmann, Westhoff, etc.

La deuxième rangée de cils se trouve généralement aux quatre paupières, mais elle peut cependant n'intéresser que les paupières supérieures comme dans le cas que nous présentons ou encore les paupières inférieures seules.

DESCRIPTION CLINIQUE

Dans la majorité des cas, c'est à la puberté, plus rarement dans l'enfance, que se manifestent les premiers signes cliniques. A ce moment-là le patient vient consulter pour de la photophobie, du larmoie-
ment; il a les yeux rouges.

A l'examen on constate que les paupières sont normalement constituées, ainsi que les bords palpébraux avec une rangée de cils parfaitement bien implantée. On a peine à voir de longs poils fins, balayant le globe de l'œil, dans le mouvement des paupières, et baignés dans le liquide lacrymal, dont ils ont à peu près la réfringence, ce qui les rend difficilement visibles.

Mais si l'on éverse légèrement les paupières, on voit se détacher du globe de l'œil des cils longs de 3 à 6 mm., mous, peu pigmentés, comparables à des lanugos, émergeant d'orifices punctiformes, régulièrement espacés, situés le long de l'arête interne de la paupière et correspondant aux points d'abouchement des glandes de Meibomius.

Entre les cils normaux et ces cils surnuméraires, au nombre de 20 à 30 et dont l'alignement est parfait, l'espace intermarginal du bord de la paupière est absolument glabre et lisse comme à l'état normal.

Pendant les mouvements des yeux, les cils atypiques, dirigés vers le haut pour la paupière inférieure et vers le bas pour la paupière supérieure, frottent par toute la longueur de leur tige sur la conjonctive et la cornée. Lorsque les paupières sont fermées, ces poils sont cachés dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Dans le plus grand nombre des cas cette deuxième rangée de cils existe aux quatre paupières, beaucoup plus rarement on ne la trouve qu'aux paupières supérieures et Blatt cite un cas où on ne la trouvait qu'aux paupières inférieures.

L'irritation mécanique permanente, créée par ces pseudo-cils, se traduit par des signes fonctionnels bénins au début, mais entraînant à la longue des complications graves.

Le malade éprouve, au niveau des yeux, un picotement, la sensation d'un corps étranger entraînant un catarrhe chronique; les yeux sont rouges avec un larmolement persistant. Le simple mouvement des paupières est douloureux et il existe une photophobie prononcée.

Sur cette irritation chronique se greffent des accidents aigus s'accompagnant de violents maux de tête, d'une sécrétion intense et d'un spasme palpébral.

Erdmann avait déjà signalé, dans les complications, l'existence, en dehors de la tuméfaction des conjonctives bulbaires et palpébrales avec épaissement de cette dernière, d'ulcérations de la cornée et de leurs séquelles. Nous apportons ici une très belle observation de ces reliquats. La cornée, légèrement trouble dans son ensemble, présente de nom-

breuses taches opalescentes, résultat des érosions anciennes. Mais il existe aussi un pannus, exclusivement vasculaire, tout à fait comparable à celui du trachome.

C'est pour cette raison que, dans des lésions anciennes, on peut croire à un trichiasis secondaire à un trachome; le diagnostic est cependant facile à faire car il n'existe aucune lésion palpébrale du trachome, et en éversant la paupière on aperçoit parfaitement l'alignement de la deuxième rangée de cils.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au cours de l'opération un petit fragment complet du bord de la paupière fut prélevé, permettant ainsi d'avoir sur une même coupe les éléments des deux rangées de cils, et de pouvoir en faire la comparaison.

Nous tenons à remercier ici M. le Professeur Martin qui nous a aimablement interprété les excellentes préparations qu'il avait obtenues.

A un faible grossissement, nous avons une très bonne vue d'ensemble de la coupe représentant une tranche sagittale du bord de la paupière (fig. 1). D'un côté la peau, de l'autre la conjonctive, et l'on voit très nettement les cils des deux rangées, séparés par la marge libre, faire un angle ouvert en bas.

A un plus fort grossissement, se distinguent les éléments histologiques.

Le revêtement épithélial est du type malpighien, avec cellules kératinisées, sur la partie droite de la coupe correspondant à la peau de la paupière, avec trois sections de cils normaux, coupés à des hauteurs différentes.

A gauche, nous avons un épithélium malpighien du type muqueux correspondant à la conjonctive. Le cil anormal se trouvant être juste à la limite des deux épithéliums.

Le chorion montre, dans la région cutanée, un gros œdème sans éléments cellulaires exsudés; dans la zone muqueuse, pas d'exsudation liquidienne, mais un infiltrat lympho-plasmocytaire avec prédominance des plasmocytes.

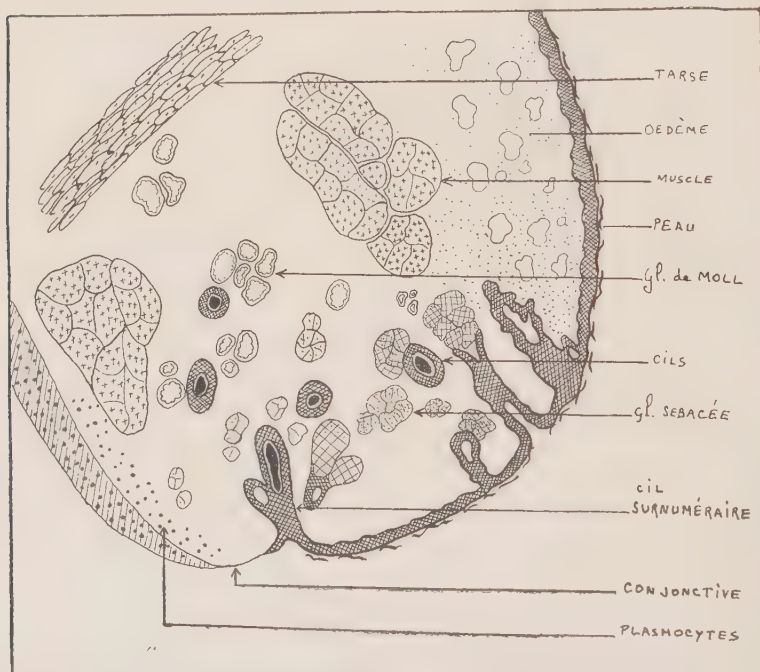


FIG. 1. — Schéma de la coupe histologique.

Plus profondément, le chorion est plus dense et se poursuit par un plan musculaire, formé de fibres striées du muscle orbiculaire coupées transversalement et s'appliquant sur le noyau fibreux du tarse exempt de toute formation glandulaire.

Dans la région cutanée, débouchent trois poils avec leur appareil sébacé intimement accolé; annexées au

poil aberrant, se trouvent des formations glandulaires ayant tous les caractères des glandes sébacées, mais avec un plus grand nombre d'alvéoles.

La structure histologique du poil aberrant est la même que celle des cils normaux.

Dans le stroma qui s'étend du follicule pileux au tarse, on trouve des sections transversales des glandes de Moll (glandes du type sudoripare), groupées en peloton présentant une lumière largement béante, arrondie, vide ou contenant quelques cellules desquamées. Cette lumière est limitée par une bordure épithéliale à une seule assise de cellules, saisies aux différents stades de leur élaboration: les unes cubiques, les autres hautes avec un pôle apical bombé, avec tous les stades intermédiaires, sans limitation nette du pôle libre qui semble sécréter dans la lumière. Le protoplasma de ces cellules est acidophile avec d'assez gros grains groupés autour du noyau et dans la zone supranucléaire de la cellule en pleine activité. Les noyaux arrondis sont au tiers inférieur de la cellule, avec un réseau chromatinien délicat et un ou deux nucléoles métachromatiques. Sous la couche cellulaire épithéliale on voit les cellules myoépithéliales coupées sous diverses incidences.

En somme, on constate en dehors des phénomènes inflammatoires discrets :

a) L'absence des glandes de Meibomius qui normalement possèdent des acini glandulaires jusque dans le tarse ;

b) la présence, en leur lieu et place, de poils parfaitement bien constitués, possédant des glandes sébacées annexes plus développées que normalement.

c) L'existence de glandes de Moll annexées au deux rangées de cils, légèrement hyperplasiées,

PATHOGENIE

Si l'origine congénitale du distichiasis est un fait indiscutable, la question de sa pathogénie et des rapports entre les cils anormaux et les glandes de Meibomius a donné lieu à des interprétations différentes de la part des auteurs qui s'en sont occupés.

Herrnheiser trouve qu'à chaque cil atypique correspond une glande qui, comme une glande sébacée, s'abouche dans le follicule pileux et qui montre une structure identique à celle des glandes de Meibomius.

Le nombre des cils anormaux et des glandes correspond au nombre habituel des glandes de Meibomius, mais ces dernières paraissent dans ce cas peu développées.

Erdmann a trouvé des glandes aussi fortement développée que les glandes de Meibomius, mais il les prenait pour des glandes sébacées, et il croyait qu'il s'agissait d'une substitution de glandes.

Kuhnt défend une pathogénie toute différente. Il pense que des cils viennent s'implanter, non seulement comme il est de règle, à la lèvre antérieure, mais aussi à la lèvre muqueuse du bord libre des paupières.

Ces cils surnuméraires occupent la place qui, ordinairement, appartient aux glandes de Meibomius et Kuhnt parle pour cette raison d'un « ersatz », rem-

placement des glandes de Meibomius par des vrais cils.

L'auteur considère le distichiasis comme une formation hétérotypique.

Pour lui, les glandes, qui se trouvent annexées aux follicules pileux des cils atypiques, ne sont que des glandes sébacées ordinaires plus fortement développées que normalement.

D'après lui l'absence des glandes de Meibomius est suppléée par les glandes de Moll hypertrophiées, auquel l'auteur attache un rôle vicariant.

Begle a trouvé des glandes sébacées hyperplasiques dont les abouchements se faisaient près du bord de la paupière dans le sac pilifère des pseudo-cils, elles ne faisaient penser que vaguement aux glandes de Meibomius. L'auteur admet que dans le cas de distichiasis congénital, il s'agit d'un remplacement des glandes meibomiennes par une formation glandulaire de caractère analogue, mais d'un degré inférieur d'évolution.

Par ceci, il est d'accord avec Von Szily qui, pour démontrer sa conception, s'appuie sur une étude approfondie de la structure des glandes meibomiennes pilifères et sur des données embryologiques et d'anatomie comparée.

Au point de vue embryologique, il existe une analogie frappante entre l'évolution des glandes de Meibomius et le développement des cils.

En effet, ces deux formations naissent aux dépens d'ébauches ectodermiques identiques, et ce n'est qu'à partir de l'apparition de la papille pileaire que l'analogie cesse.

Benda aurait trouvé près des glandes de Meibomius un bouton mésodermique qui peut être pris pour une papille pilifère rudimentaire. Von Szily, pense que l'origine de la déviation dans le développement des glandes de Meibomius, doit être la suivante : la disposition normalement ectodermique s'est modifiée au contact du bouton mésodermique de façon que la tendance phylogénétique inhérente à la glande, se manifeste et transforme une partie en un élément pilifère.

Ensuite, Von Szily mentionne les travaux d'Eggeling, sur les glandes de Meibomius chez les mammifères.

Les glandes de Meibomius font complètement défaut chez certains mammifères, comme : le dauphin, le phoque, le chameau. On rencontre des glandes de Meibomius dans toutes les autres espèces, mais elles y sont différemment développées.

Mais le hérisson occupe une place à part, il possède des glandes sébacées très apparentes, qui se distinguent des glandes de Meibomius, par le fait que leur canal excréteur porte un cil.

Eggeling suppose que chez les mammifères inférieurs la conjonctive des paupières, avait autrefois les caractères de l'épiderme et présentait des poils et des glandes propres à la peau. Il n'en est resté que des glandes sébacées qui se sont transformées avec le temps, en glandes de Meibomius.

La perte des poils, le développement plus intense des glandes sébacées, leur transformation graduelle en glandes meibomiennes chez les mammifères supé-

rieurs, tout cela peut s'expliquer par le besoin de faciliter le glissement des paupières sur le globe oculaire.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant dans le travail de Von Szily, c'est qu'il a pratiqué des coupes en séries, qui lui ont permis de faire la reconstitution des différentes glandes qui montre :

a) Une analogie frappante entre la glande de Meibomius pilifère, dans le cas distichiasis, et la glande de Meibomius normale chez le hérisson.

b) Un nombre d'acini (normalement de 2 à 8 quand il s'agit des vrais cils) beaucoup plus élevé dans les glandes meibomiennes pilifères (10 à 20).

c) Le rapport du nombre d'acini des glandes meibomiennes pilifères au nombre correspondant des vraies glandes de Meibomius est de 1 à 5.

Sur nos coupes nous avons constaté, l'absence des glandes de Meibomius, mais la présence à leur place de poils pourvus de glandes sébacées plus développées que dans les cils normaux. Les glandes de Moll sont hyperplasiées.

Il est cependant logique de penser qu'il s'agit, comme conclut Von Szily, de glandes de Meibomius rudimentaires avec poils, représentant un stade phylogénétique intermédiaire de l'évolution qu'a subie la conjonctive des paupières chez les mammifères.

TRAITEMENT

Un point délicat reste à traiter, c'est celui de la thérapeutique.

La difficulté de la technique consiste à débarrasser, d'une façon définitive, le patient de cette rangée importune de cils, sans cependant altérer la structure et le glissement du bord interne de la paupière.

La méthode, la plus souvent employée, qui consiste en une épilation adroite et consciencieuse répétée, n'est qu'un moyen palliatif, ne donnant qu'un résultat très passager.

La destruction électrolytique du bulbe pileux ne conduit pas toujours au résultat désiré, la difficulté provenant du fait d'enfoncer l'aiguille à la bonne place. Il faut aussi penser à l'existence possible de follicules aberrants. De plus, cette méthode risque d'engendrer un entropion consécutif. D'après Löhlein, on peut employer cette méthode quand le nombre des faux cils est restreint.

Dans le cas qu'il a observé, Elschnig pratiqua une incision intermarginale de 3 à 4 mm. de profondeur en avant de la rangée de cils la plus interne, et une deuxième parallèle à la première, du côté de la conjonctive, à la face interne de la zone glandulaire. Entre les deux incisions, il enleva le morceau de tissu contenant les bulbes pileux. Pour recouvrir, on uti-

lise un lambeau de muqueuse labiale, qui tient sans points, permettant le glissement sans frottement de la nouvelle arête de la paupière.

Von Szily, a obtenu un bon résultat en utilisant cette méthode légèrement modifiée. Pour conserver l'arête interne normale, il ne pratiqua pas d'incision intermarginale, mais il enleva la partie du tarse contenant les racines par l'incision conjonctivale.

Dans ce but (d'après Geheimrat Axenfeld), il fut pratiqué une première incision parallèle au bord interne de l'arête palpébrale et à 0,5 mm. de celle-ci, à la face interne de la paupière. Par une deuxième incision de même direction et de même étendue, pratiquée légèrement plus haut, fut délimitée la partie glandulaire du tarse, qui fut enlevée à la pince et aux ciseaux. Pour recouvrir la partie cruantée, on se servit d'un lambeau de muqueuse labiale, maintenue en place par quelques points fins.

La technique de choix, de l'avis du Professeur Bonnet, paraît être l'excision du liseré ciliaire anormal avec la partie du tissu fibreux du tarse qui peut contenir des bulbes pileux aberrants, suivie d'une marginoplastie immédiate. Celle-ci serait réalisée, soit à l'aide d'un lambeau de muqueuse buccale, soit à la faveur d'une languette cutanée, taillée à la paupière inférieure et basculée autour de son pédicule externe.

OBSERVATION

Clinique ophtalmologique du Professeur P. BONNET.
(Observation publiée par MM. P. BONNET et G. BONAMOUR, *Société d'ophtalmologie de Lyon*, 13 juin 1939).

Distichiasis limité à la paupière supérieure.

Mme. B., 55 ans, femme de ménage, se présente à la consultation de la Clinique, pour demander remède à l'irritation entretenue par les cils qui frottent sur la cornée.

En présence de cette malade, on croit tout d'abord avoir affaire à un entropion secondaire au trachome. Cependant, la malade est française. Elle ne présente aucune lésion palpébrale de trachome, et cependant la cornée est le siège d'un pannus de toute beauté, analogue à celui du trachome (nous reviendrons sur ce point).

Regardant mieux, on s'aperçoit qu'il s'agit de distichiasis. Relevant la paupière supérieure, on voit qu'elle porte deux rangées de cils. Ce sont deux rangées régulières : l'une d'elles occupe la situation normale, sur le bord ciliaire; l'autre, occupe le liseré réservé normalement aux orifices glandulaires des glandes de Meibomius. Les cils de cette deuxième rangée

sont peut-être un peu plus clairs que les autres, mais ils semblent tout aussi longs et fermes.



FIG. 2. — La paupière supérieure relevée permet de voir la double rangée de cils du distichiasis.

A l'état de repos de la paupière, les cils de cette rangée sont appliqués à plat sur la cornée et la conjonctive qu'ils balayent et irritent constamment, provoquant un larmoiement intense. Il n'y a cependant pas d'ulcère de la cornée en évolution, pour le moment du moins.

La malade raconte, en effet, qu'elle a présenté souvent des accidents aigus et des érosions de la cornée. A l'âge de 15 ans, les deux yeux auraient été rouges,

la conjonctive très injectée. Il y avait alors une sécrétion intense et de violents maux de tête accompagnaient ces accidents. A plusieurs reprises, depuis, la malade aurait souffert d'accidents dus à l'irritation

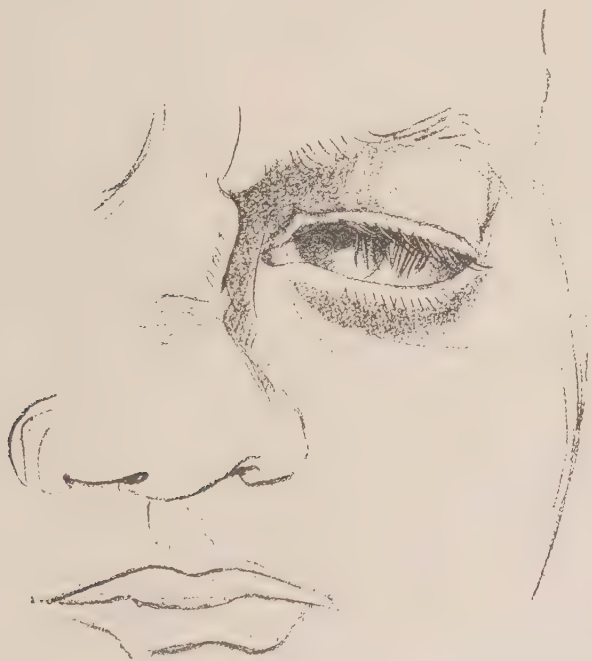


FIG. 3. — Au repos, les cils de la rangée postérieure reposent à plat sur la cornée et la conjonctive.

de l'œil par les cils, mais jamais, au cours des traitements qu'elle a subis, on n'aurait parlé de double rangée de cils.

A l'examen : la malformation existe aux deux yeux. Elle se voit à la paupière supérieure seule et il y a, à la paupière inférieure, un seul bord ciliaire normal.

La malade est atteinte de myopie élevée. L'acuité visuelle est :

Œil droit = $1/8^e$, avec sph. — 13; œil gauche = $1/8^e$, avec sph. — 13.

Les voies lacrymales sont perméables à l'injection des deux côtés. Le point lacrymal est béant, avec des lèvres œdémateuses, sans doute comme conséquence du larmolement.

L'examen à la lampe à fente montre :

Il existe, sur le bord ciliaire normal, une série de cils régulièrement rangés, parfois en triple épaisseur. Séparée de cette rangée par une marge normale, une seconde rangée occupe le bord glandulaire, sans qu'il soit possible de distinguer, à côté des cils, les orifices des glandes de Meibomius.

La cornée présente des altérations tout à fait particulières et dignes d'être notées : de nombreuses taches opalescentes paraissent être le résultat des érosions anciennes. Dans l'ensemble, la cornée est un peu trouble dans ses couches antérieures; avec aspect poudreux des couches voisines de la membrane de Bowman. Il existe un pannus vasculaire tout à fait comparable à celui du trachome : il est formé d'anses vasculaires extrêmement élégantes, qui descendent du limbe à la surface de la cornée, jusqu'au voisinage de l'aire pupillaire. Ce pannus occupe la partie supérieure de la cornée, où il prédomine, mais il existe aussi, à la partie inférieure et sur les côtés, un pannus moins développé. Il s'agit d'un pannus exclusivement vasculaire, et non d'un voile vasculo-membraneux; il n'y a pas trace d'infiltrat. Tout autour du limbe, existe

un œdème important de la conjonctive, avec hyperhémie. La face postérieure de la cornée est le siège d'un pointillé extrêmement fin, de grains légèrement pigmentés, comme on le voit dans certaines iridocyclites torpides. Il n'y a cependant pas trace d'inflammation de l'iris. Les lésions sont identiques des deux côtés.

Comme la malade offre le facies caractéristique de la syphilis congénitale, avec la déformation due à l'effondrement des os propres, et que sa sœur, soignée dans le service pour thrombose de la veine centrale de la rétine, présente le même facies, nous avons cherché avec soin les reliquats possibles d'une kératite interstitielle. Rien, dans l'aspect de la cornée, ne permet de s'arrêter à l'hypothèse que la malade aurait présenté, vers l'âge de 15 ans, à l'époque où elle commença à souffrir des yeux, une kératite interstitielle. Les réactions sérologiques sont négatives. L'examen du nez et des oreilles (Docteur Sargnon) montre : nez tout à fait effondré de naissance. Un peu de fétidité. Atrophie très nette des cornets; croûtes des deux régions sphénoïdales. Le tympan est très épaissi dans la zone antéro-inférieure.

L'examen médical ne révèle rien de particulier.

Nous ne trouvons donc pas, en dehors du facies caractéristique, de signe certain de syphilis congénitale, qui aurait pu jouer un rôle dans la genèse de la malformation.

Nous décidons d'intervenir pour débarrasser la malade des phénomènes douloureux dont elle se plaint. Mais nous nous rendons compte combien le traitement

du distichiasis est délicat. Lorsqu'il s'agit de choisir une méthode opératoire, on se trouve embarrassé. L'extirpation de la rangée de cils qui frottent sur la cornée s'impose, mais il n'est pas certain qu'elle donne un bon résultat. On peut redouter qu'elle entraîne un entropion fâcheux, plus redoutable pour la cornée que le balayage actuel par les cils qui frottent à plat.

C'est pourquoi nous nous proposons de traiter un côté d'abord, et de faire, dans un premier temps, l'extirpation de la rangée postérieure de cils, enlevant en coin, la partie de cartilage tarse qui les porte, nous réservant d'avoir recours à une marginoplastie secondaire, au cas où le résultat serait insuffisant.

Le 16 mai : opération (œil droit) :

1° Incision sur la conjonctive palpébrale, immédiatement en arrière de la rangée anormale de cils et parallèle au liseré postérieur. La conjonctive est clivée avec soin du cartilage tarse.

2° Incision intermarginale sur toute la longueur du distichiasis s'arrêtant donc en dedans, à deux millimètres du point lacrymal.

3° Résection cunéiforme de la partie du cartilage tarse constituant le sol ciliaire.

Suture soigneuse de la lèvre conjonctivale à la lèvre marginale antérieure.

La malade se déclare soulagée dès le lendemain. Cependant, le résultat anatomique ne nous satisfait pas ; bientôt un léger entropion s'installe et met en contact la ligne cicatricielle avec la cornée.

Le 23 mai, opération œil gauche :

Aussi bien dans le but de pouvoir pratiquer un examen histologique de la malformation que pour permettre une éversion meilleure de la cicatrice, nous pratiquons d'abord une résection en coin, comprenant toute l'épaisseur de la paupière, large de 2 mm. à la base. La résection du sol ciliaire anormal est ensuite conduite comme dans l'opération précédente. A la faveur de l'excision cunéiforme, nous obtenons une éversion plus satisfaisante de la ligne cicatricielle.

La malade se déclare soulagée et, en effet, la cicatrice n'est pas en contact avec la cornée.

Le 27 mai, la malade se plaint d'un peu d'irritation, du côté droit, dans l'angle externe. Nous n'en trouvons pas tout d'abord la cause ; la cicatrice du bord palpébral est très belle, très régulière. Cependant, la contraction des paupières entraîne un peu d'entropion.

Le 1^{er} juin, la malade souffre d'avantage ; la conjonctive bulbaire, dans sa partie externe, est très irritée par l'entropion. La nécessité s'impose d'une marginoplastie.

Le 3 juin, marginoplastie du côté droit. La cicatrice intermarginale est incisée et la lèvre antérieure légèrement clivée. Une languette cutanée, large de 3 mm., taillée à la paupière inférieure est basculée autour de sa base, ménagée à la partie externe de la fente palpébrale, et appliquée dans l'espace intermarginal où elle est fixée par suture (fig. 4). Pour assurer l'immobilité de la paupière supérieure et éviter l'entropion, pendant le temps de la cicatri-

sation, deux fils en U, passés à travers les paupières, maintiennent éversé le bord palpébral.

Les fils en U sont enlevés le 7 juin. Les fils de suture le 10 juin. Le résultat anatomique est excellent.

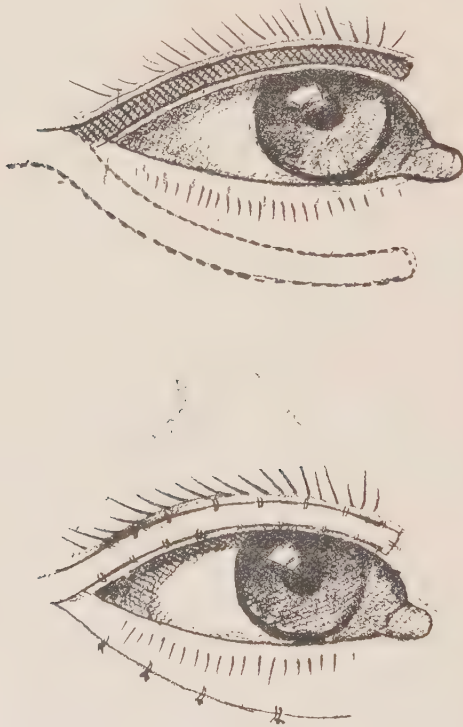


FIG. 4. — Schéma de la marginoplastie.

a) Le lit de la marginoplastie est bordé en arrière par la lèvre conjonctivale, en avant par le bord ciliaire normal. En pointillé, le tracé du lambeau cutané qui servira à la marginoplastie.

b) Le lambeau cutané, basculé sur sa base, est en place.

Du côté gauche, le bon résultat obtenu se maintient et nous n'envisageons pas, pour l'avenir, la nécessité d'une marginoplastie.

CONCLUSION

Le distichiasis vrai, malformation congénitale, est une affection très rare.

Elle est caractérisée par l'existence d'une rangée ciliaire anormale, occupant le liseré glandulaire du bord palpébral normalement réservé aux orifices des glandes de Meibomius.

Cette malformation se trouve généralement associée à des altérations également congénitales des glandes de Meibomius.

Au point de vue clinique, le distichiasis entraîne une irritation continuelle de la cornée et de la conjonctive : la rangée anormale de cils, appliquée à plat sur la conjonctive, balaie constamment la cornée.

Il en résulte une conjonctivite chronique, des poussées inflammatoires, accompagnées d'érosions de la cornée. Nous avons observé, dans notre cas, un pannus vasculaire de la cornée, absolument comparable au pannus vasculaire du trachome.

A ce titre, le distichiasis ne constitue pas seulement une malformation curieuse à observer ; c'est une affection grave.

Le traitement apparaît délicat et exige les plus grands soins. L'épilation est à rejeter. La destruction électrolytique des cils apparaît insuffisante. La

simple excision du liseré ciliaire anormal donne lieu à une cicatrice susceptible de frotter sur la cornée, plus dangereuse que le distichiasis lui-même. Le traitement de choix paraît être l'excision du sol ciliaire anormal, immédiatement suivi d'une margi-noplastie.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE :
P. BONNET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Juin 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BECKER. — *Bericht ueber die W. Univ.*, 1863-1865, Wien 1867, p. 121.
- H.-L. BEGLE. — Zur Kenntniss der distichiasis congenita. *Arch. f. Augh.*, 1913, 74, p. 62-78.
- N. BLATT. — Distichiasis congenita vera. *Ztschr. f. Augenh.*, Berlin 1924, 53, p. 325-338.
- P. BONNET et G. BONAMOUR. — *Société d'Ophtalmologie de Lyon*, 13 juin 1939.
- BRAILEY. — *Transact. Opht. Soc. U. K.*, 1906, 26, p. 16.
- DAION. — *Russ. Arch. Oftalm.*, 1928, p. 104-107.
- DOGGART. — *Proc. Royal Soc. Med.*, 23, 1930, p. 837-838.
- W.-B. DOHERTY. — Distichiasis congenital, *American Journal of Opht.*, avril 1927, 10, p. 248-250.
- DE ROSA. — Distichiasis et entropion congénitaux. *Arch. di Ottal.* vol. 34.
- ERDMANN. — *Ztschr. f. Augenh.*, 1904, 11, p. 427.
- K.-T.-A. HALBERTSMA. — Distichiasis congénital vrai, *Arch. d'Opht.*, oct. 1935, 52, p. 738-748.
- JAESCHE. — Distichiasis and distichiasis operation. *Arch. of Opht.*, 1891, 19, p. 4.
- JEANSELME et MORAX. — Distichiasis familial et héréditaire. *Soc. d'Opht. de Paris* avril 1904.
- KUHNT. — Uber distichiasis congenita vera, *Ztschr. f. Augenh.*, 1899, 2, p. 46.

- W. NICATI. — Distichiasis vrai des quatre paupières dû au développement de poils à l'orifice des glandes de Meibomius, *Arch. d'Opht.*, 1881, 1, p. 182.
- A.-I. POKROVSKI. — Distichiasis vera congenita, *Vetnik. Oftal. Mosk.*, 1914, 31, p. 871-881.
- ROCHANSKAJA. — *Russk. oftalm.*, 1929, 9, p. 371-372.
- STELLWAG VON CARION. — *Die Opht. von Wissench. Stand. punckte*, 1858, 2, p. 912.
- H.-M. TRAGUIRA. — *Opht. Rev. London*, 1912, 31, p. 138-140.
- A. VON SZILY. — Haarbildung in Meibomschen Drüse und über behaarte Meibom Drüsen (sog. distichiasis congenita vera), *Klin. Monatsbl. f. Augenh. Stult.*, 1923, 70, p. 16-45.
- WESTHOFF. — Distichiasis congénital héréditaire, *Centralbl. f. prakt. Augenh.*, 1899, 23, p. 180.
- WOOD. — Two cases of congenital distichiasis. *Chicago opht. and otal Soc.* 1898.

